Cornelia Heintze

Coronakrise und Gesundheitsversorgung

Woher kommt die Pandemie? Anmerkungen zur Krise hinter der Krise

Die durch das neuartige Corona-Virus Sars-CoV-2 ausgelöste weltweite Pandemie steht in einem engen Zusammenhang mit der zunehmenden Zerstörung von Ökosystemen, die sich im Verlust von Biodiversität ebenso zeigt wie in den verschiedenen Facetten der Klimakrise. Krankheitsausbrüche bis hin zu Pandemien werden wahrscheinlicher.[1] Das bedeutet im Umkehrschluss: Intakte Ökosysteme mindern das Auftreten infektiöser Krankheiten. Sie werden jedoch zunehmend rar, da die etablierten, auf ständiges Wachstum hin angelegten Konsum- und Produktionsmuster die Regenerationsfähigkeit der Ökosysteme überfordern. Um diese zu schützen wäre „*eine grundlegende, systemweite Reorganisation über technologische, wirtschaftliche und soziale Faktoren hinweg, einschließlich Paradigmen, Zielen und Werten*“ notwendig, so Professor Josef Settele vom Weltbiodiversitätsrat IPBES (Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services).[2] Sämtliche Megatrends, angefangen beim Voranschreiten industrieller Monokulturen in der Landwirtschaft bis hin zur immer weiteren Verkürzung von Produktlebenszyklen gleichermaßen bei technischen Artikeln wie bei z.B. Bekleidungsstücken, weisen jedoch in die andere Richtung. Die Menschen des Anthropozäns riskieren die Zerstörung der natürlichen Lebensgrundlagen, von denen nicht nur ihr Wohlergehen, sondern letztlich auch ihr Überleben abhängt.

Hinter der Coronakrise gibt es also eine viel umfassendere Krise, die wiederum eng mit den Funktionsbedingungen des globalisierten Kapitalismus zusammenhängt. In seinem maßlosen Wachstumsdrang betreibt er auf der einen Seite Raubbau an den natürlichen Ressourcen, was die Entstehung neuer Krankheitserreger durch Übertragung tierischer Mikroben auf den Menschen begünstigt und auch die Gesundheit der Bevölkerung schwächt.[3] Auf der anderen Seite

[1] Beispielsweise zeigen Studien zur Entstehung und Ausbreitung der Ebola-Epidemie, die 2014 in Westafrika außer Kontrolle geriet, dass sich der Virus in den Gebieten besonders gut ausbreiten konnte, wo zuvor Wälder in großem Stil gerodet worden waren. Die Rodung nämlich entzog diversen Fledermausarten, die mit dem Virus befallen sind, ohne daran zu erkranken, ihre natürliche Lebensgrundlage und erzwang ihr Ausweichen auf Bäume von Landwirtschaftsfarmen. was dem Virus die Chance eröffnete, leicht mit Menschen in Kontakt zu kommen. Vgl. Shah, Sonia (2020): Woher kommt das Coronavirus, in: Le Monde diplomatique, März 2020, S. 8.

[2] Pressemitteilung Nr. 053/20 vom 02.04.2020. Bericht 2019 des IPBES: https://ipbes.net/sites/default/files/2020-02/ipbes_global_assessment_report_summary_for_policymakers_en.pdf..

[3] Wie viele vorzeitige Todesfälle Jahr für Jahr den Emissionen unserer nicht nachhaltigen Mobilität mit ihrem hohen Anteil an motorisiertem Individualverkehr zuzurechnen sind, haben Epidemiologen immer wieder vorgetragen. 2019 bezifferte eine Studie der Forschungsorganisation International Council on Clean Transportation (zusammen mit mehreren US-Amerikanischen Universitäten) die Größenordnung für Deutschland mit 13.000. Zit. nach FR Nr. 49 v. 27.02.2019, S. 15. Auf die Bevölkerungszahl bezogen liegt Deutschland hinter China, Indien und den USA an vierter Stelle. Wenig erstaunlich gehört es deshalb nun auch zu den Paradoxien der Krise, wenn für China vorgerechnet wird, dass die Verbesserung der Luftqualität aufgrund der regierungsseitig verfügten Quarantäne in höherem Umfang zur Vermeidung vorzeitiger Todesfälle geführt hat, als auf der anderen Seite Menschen aufgrund der Covid-19-Erkrankung zu Tode kamen. Wissenschaftler der Standfort Universität (Prof. M. Burke) beziffern die vermiedenen Todesfälle auf über 10.000 (https://world-news-monitor.de/umwelt/2020/03/19/corona-folgen-weniger-luftverschmutzung-hat-zehntausende-leben-in-china-gerettet/; Abruf 14.04.2020), während sich die offizielle Zahl an Covid-19-Todesfällen auf 3.351 belief (WHO, 14.04.2020).

werden die internationalen und nationalen Institutionen, die der Entstehung von Pandemien wirksam entgegentreten könnten, weniger gestärkt als geschwächt.

Oberstes Ziel der Seuchenbekämpfung sollte es sein, das Entstehen gefährlicher Erreger rechtzeitig aufzuspüren und eine Eindämmung vorzunehmen, bevor sich der Erreger großflächig verbreiten kann. Dies gilt grundsätzlich und unabhängig von der Frage nach der wahren Herkunft des Erregers.[4] Vorsorge ist für viele Länder aber zweitrangig. Wichtiger, zumal für die USA, ist die Bedienung der Interessen ihrer Pharmakonzerne, die auf gute Geschäfte durch die Entwicklung von Impfstoffen und Medikamenten hoffen. Kalkül dabei: Seuchen betreffen nur die Armen; ihr Schauplatz liegt in Entwicklungs- und Schwellenländern, kaum jedoch im reichen Norden. Wichtige Programme der Seuchenvorsorge wurden beendet (Näheres siehe bei Shah 2020) und bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Politik der sukzessiven Privatisierung betrieben. Die WHO wurde 1948 mit dem Mandat gegründet, unter dem Dach der Vereinigten Nationen die globale Gesundheit zu fördern, vor Infektionen zu schützen und den Ländern und Bevölkerungsgruppen zu dienen, die am meisten verwundbar sind. Sie ist damit die internationale Organisation, der global eine tragende Rolle bei der Vorbeugung und Bekämpfung von Seuchen zukommt. Ausfüllen kann sie diese Rolle aber nur bei auskömmlicher Finanzierung. Dem wurde zunehmend die Grundlage entzogen. Nur noch 20 Prozent des WHO-Budgets ist öffentlich finanziert, 80 Prozent privat; in den 70er Jahren war es umgekehrt.[5] Die geschrumpfte Grundfinanzierung – seit 1993 sind die Pflichtbeiträge der 194 Mitgliedsstaaten eingefroren – führt zu Interessenkollisionen. Auf der einen Seite wuchs die Abhängigkeit von privaten Geldgebern wie Bill Gates und anderen, die mehr die Profite der Pharmaindustrie und des Agrobusiness als die öffentliche Gesundheit im Blick haben; auf der anderen Seite konnte auch China seinen Einfluss steigern. Trotz chronischer Unterfinanzierung gibt die WHO in der aktuellen Krise kein schlechtes Bild ab. Es ist rein innenpolitisch motiviert, dass der US-Präsident Donald Trump mitten während der Pandemie die Suspendierung der US-amerikanischen Zahlungen verfügte mit der Begründung, die WHO sei China-hörig und habe beim Umgang mit der Coronavirus-Pandemie "*wirklich Mist gebaut*" (zit. nach SPIEGEL-Online vom 08.04.2020). Um von eigenem Versagen abzulenken,[6] wird die WHO als Sündenbock präsentiert. Dieses falsche Spiel ist mehr als durchsichtig. Schon An-

---

[4] Um die Herkunft des neuartigen Coronavirus gibt es Spekulationen und wechselseitige Schuldzuweisungen. Der Virus sei nicht natürlichen Ursprungs, sondern stamme aus einem chinesischen Labor, lautet eine Vermutung. Sie wird vom US-Präsidenten kräftig genährt. Andere Vermutungen gehen dahin, dass das Virus viel früher aufgetaucht sei, als von der Chinesischen Regierung behauptet. Nach deren Angaben gingen die ersten Krankheitsfälle von einem Fischmarkt in Wuhan aus, der dann geschlossen wurde. Die WHO wertete die chinesische Darstellung als plausibel und übernahm sie. Gegen die „*Laborthese*" sprechen Analysen der Genomsequenzen des Virus, über die die Zeitschrift GEO am 19.03.2020 berichtete (Carstens, Peter: Verschwörungstheorie - Forscher erklären, warum das Coronavirus nicht aus dem Labor stammt). „*Wir haben die verfügbaren Genomsequenzen der bekannten Corona-Virenstämme verglichen und können sicher sagen, dass SARS-CoV-2 durch natürliche Prozesse entstanden ist*", wird darin der Immunologe Kristian Andersen vom US-amerikanischen Scripps Research Institute zitiert.

[5] Angaben nach Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2019): Sachstand „Weltgesundheitsorganisation" (WD 2 – 3000 – 013/19), S. 8f.

[6] Nach Recherchen der New York Times hatten hochrangige Beamte bereits Mitte Januar vor dem Ausmaß der drohenden Pandemie gewarnt und auf entschiedene Maßnahmen gedrängt, konnten sich aber nicht durchsetzen. Siehe die Berichterstattung in CNN vom 13.04.2020 sowie LVZ vom 14.04.2020, S. 4.

fang Februar 2020 nämlich hatten die USA eine Kürzung ihrer jährlichen Zahlungen um die Hälfte angekündigt.[7]

Die Corona-Krise hat die Nationalstaaten als machtvolle Akteure zurück auf die Bühne gebracht. Um die Ausbreitung des Virus zu verlangsamen, was unweigerlich die Gesundheits- und Altenpflegesysteme zum Kollabieren gebracht hätte, wurden mehr oder weniger restriktive Lockdowns des gesellschaftlichen Lebens verfügt. Zahlreiche Branchen sind gleichzeitig mit einem Angebots- und Nachfrageschock konfrontiert, dessen Last die Regierungen durch gigantische Hilfspakete abzufedern suchen. Erneut wird der Staat zum Retter in der Not. Nicht wenige sehen darin die endgültige Delegitimierung der neoliberalen Markt-First-Ideologie. Derartige Hoffnungen gab es freilich bereits in der Weltfinanzkrise von 2008. Sie haben sich nicht erfüllt. Auch jetzt steht eher nicht zu erwarten, dass die Krise zu einem grundlegenden Umdenken führt. Dort, wo massive Lieferengpässe bei der Beschaffung von Medizinprodukten (Schutzmasken, Schutzbrillen, Schutzkittel, Beatmungsgeräte, Desinfektionsmittel usw.) offengelegt haben, welche Verwundbarkeit entstehen kann, wenn man sich von der Eigenproduktion elementarer Produkte aus Gründen der Kostenersparnis trennt, wird es zu einer stärker diversifizierten Produktion kommen. Ein Ende der Globalisierung ist gleichwohl nicht zu erwarten; hier teile ich die Einschätzung von Wolfgang Müller (Sozialismus 4-2020, S. 10ff.).

Krise kommt aus dem Griechischen und bedeutet Entscheidung. Welche Entscheidungen während und im Nachgang zur Krise getroffen werden, hängt daran, wie die Krise wahrgenommen wird und welche Deutungsmuster sich durchsetzen. Bezogen auf die Gesundheitsversorgung gibt es die Chance, Gesundheit wieder stärker als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu begreifen und zu organisieren. Damit dies gelingt, müssen die Schwächen der zunehmenden Ausrichtung gleichermaßen der ambulanten wie der stationären Versorgung an den Marktlogiken von Wettbewerb und Profiterwirtschaftung insgesamt in den Blick genommen werden. Der selektive Blick nur auf die Schwächen, die die Pandemieerfahrung offenlegt, greift zu kurz. Wenn die einzige Lehre darin besteht, dass es für gewisse Medizinprodukte zukünftig auch wieder Hersteller in Europa resp. Deutschland gibt, ist wenig gewonnen.

Versorgungskapazitäten

Sachausstattung mit Betten, Geräten und Schutzmaterialien

Die Coronapandemie trifft auf Gesundheitssysteme, die während der zurückliegenden Dekaden neoliberaler Hegemonie zunehmend so zurecht gestutzt wurden, dass sie für Belastungsproben, wie sie eine Pandemie darstellt, immer weniger gerüstet sind. Echte Vorsorge durch die Bevorratung von Schutzausrüstungen und die Sicherung schnellen Nachschubs wurde in kaum einem Land getroffen. Das musste nicht so kommen. Unter Federführung des Robert-Koch-Instituts (RKI) war bereits 2012 ein Pandemieszenario mit dem hypothetisches Virus „Modi-SARS“ durchgespielt worden mit Unterrichtung von Bundestag und Bundesländern

[7] Beaumont; Peter/Boseley, Sarah: What does the WHO do, and why has Trump stopped supporting, in: Guardian 15.04.2020.

Anfang 2013.[8] Die Studie benannte klar das Problem von Lieferengpässen aufgrund des Umstandes, dass Arzneimittel, Medizinprodukte, persönliche Schutzausrüstungen und Desinfektionsmittel weltweit jeweils nur noch von wenigen Schlüsselproduzenten just-in –time erstellt werden. Weder seitens der Politik noch seitens der Medien fand die Studie große Beachtung. Schlussfolgerungen wurden erst recht keine gezogen. Zu fiktiv erschien die durchgespielte Gefahr. Tatsächlich jedoch warnen Seuchenexperten schon seit Jahren, dass das Entstehen einer Pandemie sehr real und nur noch eine Frage der Zeit ist. Da nicht vorgesorgt wurde, wird nun alles mobilisiert, was sich mobilisieren lässt, wurden hektisch Bestellungen auch über zwielichtige Quellen und zu Wucherpreisen getätigt. Bei etwas Vorsorge wäre man besser gewappnet gewesen.

Deutschland ist in Europa nicht das Epizentrum der Krise. Die Epizentren liegen in Italien und Spanien. In Italien (Lombardei) war in der Phase des exponentiellen Anstiegs der Erkrankungsraten Tag für Tag ein Vielfaches der sonst üblichen Zahl an Toten zu beklagen. Unter der Belastung brach das dortige Gesundheitswesen teilweise regelrecht zusammen, zumal sich viele Ärzte und Pflegekräfte angesteckt hatten und damit ausfielen. Ähnlich schlimme Entwicklungen traten zeitversetzt in Spanien auf und wüten nun in den USA (New York). Mit Stand vom 19.04.2020 weisen die USA annähernd 700 Tsd. bestätigte COVID-19-Erkrankungen auf und mit 32,4 Tsd. Toten vielfach so viele wie für China offiziell benannt werden (Quelle: WHO- https://who.sprinklr.com/). Die tatsächlichen Todeszahlen dürften in China höher sein als die etwas mehr als 4 Tsd., die offiziell gemeldet wurden, gleichwohl spricht viel dafür, dass China nach einer Phase des Lavierens und Vertuschens mit radikalen Quarantäne- und Containment-Maßnahmen recht erfolgreich war. Dies ist bemerkenswert. Es offenbart die Fragwürdigkeit des von der Nuclear Threat Initiative und der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (Center for Health Security) herausgegebenen „*Global Health Security Index*” (GHS). Der GHS 2019 attestiert den USA das unter 195 Staaten beste Sicherheitsniveau. Sowohl insgesamt wie bei 4 der 6 Subdisziplinen[9] landen sie auf Rang 1, gefolgt vom Vereinigten Königreich und den Niederlanden. Deutschland schafft es bei diesem Index nicht einmal unter die TOP TEN und China landet weit abgeschlagen auf Rang 51. Die vom GHS vorgenommenen Zuschreibungen erweisen sich als nicht belastbar, die britische Medizinfachzeitschrift The Lancet spricht in einem Kommentar sogar von „lies“.[10]

In Europa sind Norditalien und Spanien von der Pandemie besonders hart getroffen. Mit Stand vom 19. April 2020 wurden in Italien 175,9 Tsd. Covid-19-Erkrankungen erfasst und 23,2 Tsd. Tote der Erkrankung zugeschrieben. In Deutschland sind es geringere Erkrankungszahlen (139,9 Tsd.) bei wesentlich geringeren Todeszahlen (4,3 Tsd.). Über die Gründe der in

[8] Deutscher Bundestag Drucksache 17/12051, 17. Wahlperiode 03. 01. 2013, Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministeriums des Innern vom 21. Dezember 2012 gemäß § 18 Absatz 1 und 2 des Gesetzes über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes. Unterrichtung durch die Bundesregierung, Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012.

[9] Bei folgenden Subdisziplinen werden die USA als weltweit führend dargestellt: „*Prevention of the Emergence or Release of Pathogens*“, „*Early Detection & Reporting for Epidemics of Potential international Concern*”; „*Sufficient & Robust Health System to Treat the Sick & Protect Health Workers*”; “*Commitments to Improving National Capacity, Financing and Adherence to Norms*”.

[10] Dalglish, Sarah L.: COVID-19 gives the lie to global health expertise, in: The Lancet vom 26.03.2020: DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30739-X.

Norditalien besonders hohen Sterblichkeit wird viel spekuliert. Ein Grund dürfte darin zu suchen sein, dass die in der Lombardei von der Lega Nord gestellte Regierung – die Zuständigkeit für das Gesundheitswesen liegt in Italien bei den Regionen – den Ernst der Lage in ähnlicher Weise wie die Trump-Regierung in den USA lange nicht wahrhaben wollte. Sie ließ den Virus wochenlang ungehindert zirkulieren, ehe die Zentralregierung den Nationalen Notstand ausrief mit dann der Verfügung rigoroser Quarantäne-Maßnahmen. Auch die in Italien häufig noch sehr engen familiären Verhältnisse, wo Junge und Ältere unter einem Dach wohnen, bieten für virale Kettenreaktionen günstige Bedingungen. Der hohe Anteil alter Menschen liefert eine weitere Teilerklärung. Nicht wegen des Alters an sich, sondern wegen der stärkeren Betroffenheit von Vorerkrankungen, sind alte Menschen besonders gefährdet. Hier kommt die in Norditalien schlechte Luftqualität mit ins Spiel. Eine Studie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg[11] zeigt, dass die Regionen überdurchschnittlich hohe Todeszahlen durch Covid-19-Erkrankungen aufweisen, in denen sowohl die Belastung mit Stickstoffdioxid besonders hoch als auch der vertikale Luftaustausch besonders gering ist. Die Vermutung geht dahin, dass hier die Atemwege und die allgemeine Gesundheit vieler Menschen so geschwächt sind, dass sie dem Virus wenig entgegensetzten können.

Gegenüber Italien verfügte Deutschland über einen zeitlichen Vorlauf von mehreren Wochen, um seine Kapazitäten so hochzufahren, dass sie der Pandemie gut standhalten. Von Vorteil ist dabei, dass es in den deutschen Krankenhäusern relativ zur Einwohnerzahl weit mehr Betten (insgesamt und für die Intensivversorgung) gibt als in fast allen anderen europäischen Ländern. Auf 100.000 Einwohner (EW) kamen 2017 gut 600 Betten für medizinische Behandlungen; in den meisten anderen europäischen Ländern waren es weniger als 400 (Eurostat, Krankenhausbetten nach Behandlungsart [hlth_rs_bds]; Update 24.02.20). Zu den Ländern mit relativ hoher Bettenzahl gehören überwiegend Länder mit Sozialversicherungssystem und korporatistischer Steuerung wie Österreich, Belgien, Frankreich sowie die osteuropäischen Länder. Die Länder mit staatlichen oder überwiegend staatlichen Gesundheitssystemen – neben den 5 nordisch-skandinavischen Ländern und dem Vereinigten Königreich gehören hierzu auch Italien, Spanien und Portugal – weisen demgegenüber geringe Bettendichten auf, wobei Spanien, Irland, Dänemark, das Vereinigte Königreich und Schweden mit einer Bettendichte von weniger als 300 die fünf Schlusslichter bilden.

Zwar sind auch in Deutschland während der letzten 3 Dekaden Krankenhausbetten relativ zur Einwohnerzahl abgebaut worden; Anfang der 80er Jahre etwa gab es in der alten BRD auf 100.000 EW noch gut 1.120 planmäßige Krankenhausbetten (Quelle: Statistischen Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1986, Tab. 17.10, S. 392). Der Abbau war jedoch vergleichsweise moderat. Im Zeitraum von 1997 bis 2017 sanken die pro 100.000 EW für medizinische Krankenhausbehandlungen vorgehaltenen Betten nur um 15 Prozent. In anderen Ländern mit Sozialversicherungssystem fiel der Abbau teilweise doppelt so hoch aus (Belgien: -22,3%; Österreich: -24,5%; Frankreich: -30,9%; Schweiz: -36,6%); in den staatlichen Gesundheitssystemen vereinzelt sogar drei- bis vierfach so hoch (Dänemark: -45,4%; Italien: -56,6%). Dabei änderte sich die Bettenstruktur. Während Krankenhausbetten insgesamt abgebaut wurden,

---

[11] Ogen, Yaron (2020): Assessing nitrogen dioxide (NO2) levels as a contributing factor to the coronavirus (COVID-19) fatality. Science of the Total Environment (2020). Doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.138605.

erfolgte bei den Intensivbetten gegenläufig ein Zubau. Um 20,6 Prozent stieg ihre Zahl seit 2006. Auf 100.000 EW kamen damit 2017 33,8 Intensivbetten verglichen mit weniger als 10 in den stark von der Corona-Pandemie betroffenen Ländern Italien und Spanien.[12]

Die gute Ausstattung mit Krankenhausbetten wird in der deutschen Öffentlichkeit als Ausweis der überlegenden Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens interpretiert. Hier ist Vorsicht angesagt. Die Bettendichte allein sagt wenig. Nicht die Betten an sich interessieren, sondern die, die frei verfügbar sind resp. durch die Verschiebung planbarer Eingriffe verfügbar gemacht werden können. Indikator für die freie Spitze ist der Bettenauslastungsgrad. Bei medizinischen Behandlungen lag er 2017 im OECD-Durchschnitt bei 75,2 Prozent, in Deutschland aber bei höheren 79,8 Prozent.[13] Was an Bettenkapazität durch die zeitliche Verschiebung planbarer Eingriffe zusätzlich mobilisierungsfähig ist, lässt sich schwer beziffern. Da Deutschland ein hohes Niveau von Operationen aufweist, die weniger medizinisch als wirtschaftlich begründet sind,[14] dürfte das Potential beachtlich sein. Im Unterschied zu sanften Verfahren und konservativen Behandlungen bringen sie gute Erlöse, ohne die die Kliniken schnell in die Verlustzone rutschen würden. Entsprechend groß war zu Beginn der Coronakrise der Druck Richtung Politik auf Erstattung der entstehenden Erlösausfälle. Das „*COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz*“ („Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen“, BGBl. I Nr. 14 vom 27.03.2020, S. 580) kommt dem nach. Krankenhäuser, die planbare Operationen und Behandlungen verschieben, um Kapazitäten für COVID19-Behandlungen frei zu halten, erhalten für den Zeitraum vom 16. März bis 30. September 2020 eine Pauschale von 560 € pro ausgebliebenem Patient und Tag.

Angemessen interpretiert werden kann die Bettendichte nur im Kontext des jeweiligen Gesundheitssystems. Der Vergleich zwischen Deutschland und Dänemark, dessen Bettendichte nur 42 Prozent des deutschen Niveaus erreicht, mag dies verdeutlichen. Viele Patienten, die in Deutschland stationäre Krankenhausaufenthalte durchlaufen, haben Beschwerdebilder, die in Dänemark ambulant behandelt würden. Dem hoch-integrierten dänischen Gesundheitssystem stehen in Deutschland fragmentierte Strukturen mit relativ strikten Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gegenüber. Der laufende Komplettumbau der dänischen Kliniklandschaft kommt hinzu.[15] Bis 2025 steht dafür ein Budget von 6,5 Mrd. € zur Verfügung; auf die Einwohnerzahl von Deutschland umgerechnet entspräche dies der beachtlichen Summe von rd. 90 Mrd. €. Hintergrund ist ein politischer Kompromiss: Einerseits bleibt das Gesundheitssystem öffentlich; andererseits jedoch wird es so auf Effizienz ge-

[12] Daten nach Destatis (Grunddaten der Krankenhäuser, fortlaufend bis 2017 und Pressemitteilung Nr. 119 vom 2. April 2020).

[13] OECD (2019): Health at a Glance 2019. OECD Indicators, OECD Publishing: https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en, Abbildung 9.8. S. 195.

[14] Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. ist zwar eifrig bemüht, dies zu leugnen, die Datenlage ist aber relativ klar. Vgl. Heintze, Cornelia (2018): Pflege in der Dauerkrise. Die Logik des Marktes geht zu Lasten des Pflegepersonals und der Qualität, S. 8ff. (https://www.alternative-wirtschaftspolitik.de/de/article/502.cornelia-heintze.html?sstr=Cornelia|Heintze). Insbesondere im orthopädischen Bereich ist medizinisch schwer begründbar, warum einzelne Operationen deutlich häufiger zum Einsatz kommen als in vergleichbaren Ländern. Siehe OECD (2019), a.a.O, Abbildungen S. 199.

[15] Siehe Heintze, C. (2019): Vorbild Skandinavien. Öffentliche Gesundheitsdienste sichern gute Patientenversorgung, in: Dr. med. Mabuse, 44. Jg., Nr. 242, November/Dezember 2019, S. 51 – 54.

trimmt, dass sich die Frage der Privatisierung gar nicht (mehr) stellt. Die Neugestaltung der Kliniklandschaft geht einher mit der Umwandlung bisheriger Mehrbettzimmer in Ein- bis maximal Zweibettzimmer, die so groß sind, dass sich die Kapazität im Bedarfsfalle leicht verdoppeln lässt. Hinter der statistisch ausgewiesenen Bettendichte stehen somit leicht mobilisierungsfähige Reservekapazitäten.

Auch die hohe Zahl an Intensivbetten, über die Deutschland verfügt, sagt wenig über die Qualität der Krankenversorgung. Dass die Intensivbettendichte erhöht wurde, ist einer höchst problematischen Entwicklung geschuldet. Bis 1992 war den Krankenhäusern die Erwirtschaftung und private Aneignung von Gewinnen untersagt. Dies ging zurück auf das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972. Die Krankenhausversorgung wurde darin als eine öffentliche und öffentlich zu gestaltende Aufgabe definiert und der Sicherstellungsauftrag incl. der Zuständigkeit für die Investitionsfinanzierung den Bundesländern zugewiesen. Für die Finanzierung der laufenden Ausgaben durch die Krankenkassen etablierte man das Prinzip der Deckung der Selbstkosten eines bedarfsgerecht und wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses. Mit der Gesundheitsstrukturreform von 1993 wurde dieses Selbstkostendeckungsprinzip abgeschafft und die Finanzierung nach einer Übergangsphase auf das DRG-Entgeltsystem der Fallpauschalen (DRG = Diagnosis Related Groups) umgestellt. Durch diese Neuausrichtung am Prinzip des Marktwettbewerbs[16] haben sich die Entscheidungsprozesse in den Krankenhäusern grundlegend geändert. An die Stelle der Frage »*Welche Behandlung braucht der Patient?*« trat schleichend die Frage »*Welche Erlöse bringt der Patient?*« Da sich mit Operationen und invasiven Eingriffen gute Erlöse erwirtschaften lassen, nicht aber mit einer zurückhaltenden Medizin, die nüchtern abwägt, sind For-Profit-Häuser, die die kommerzielle Logik gut bedienen, im Vorteil. Weit stärker als in den meisten anderen hochentwickelten Ländern hat sich die Trägerstruktur in Richtung For-Profit verschoben. Der Anteil der Betten, die sich in öffentlichem Eigentum befinden, betrug 2017 nur noch 41 Prozent verglichen mit 95 Prozent bis 100 Prozent in Skandinavien, dem Vereinigten Königreich und Teilen der osteuropäischen Länder (Slowenien, Litauen) sowie immer noch knapp 70 Prozent in Österreich. Unter 24 europäischen Ländern, für die Daten vorliegen, liegt Deutschland damit vor den Niederlanden auf dem vorletzten Platz. In den Niederlanden jedoch gehören alle Krankenhäuser dem privaten Non-Profit-Sektor an; der Anteil von Betten bei For-Profit-Trägern beträgt 0 Prozent verglichen mit 30,4 Prozent in Deutschland (Quelle; Eurostat, Krankenhausbetten nach Trägerschaft [hlth_rs_bds2], Update: 26.08.2019).

Dass gute Medizin unter den etablierten Ökonomisierungszwängen nicht gelingen kann, haben im September 2019 über 200 Ärzte in einem im STERN veröffentlichten Ärzte-Appell beklagt.[17] Die Zunahme invasiver Beatmungen auf Intensivstationen war eine der thematisierten Fehlentwicklungen. Für die Abrechnung werden die Beatmungszeiten so in Zeitblöcke unterteilt, dass es für den erzielbaren Erlös entscheidend ist, wie lange ein Patient beamtet wird. Zum Nachteil der Patienten geht der ökonomische Anreiz dahin, die nächste Schwelle

[16] Zur Kritik der Fallpauschalen siehe u.a. Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (Hg.) (2018): Krankenhaus statt Fabrik. Fakten und Argumente zum DRG-System und gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser, Maintal

[17] 215 Ärzte fordern im STERN „Mensch vor Profit“, Beitrag von Albrecht, Bernhard, in: DER STERN Nr. 37 v. 5.9.2019, S. 24 – 35.

der Fallpauschale abzuwarten, anstatt zügig die Entwöhnung einzuleiten, damit der Patient resp. die Patientin lernt, wieder selbst zu atmen. Erstreckt sich die künstliche Beatmung über mehr als 499 Stunden (21 Tage) bringt dies dem Krankenhaus einen Erlös von fast 120 Tsd. €,[18] schadet aber den PatientInnen, da mit der Dauer der Beatmung das Risiko eines schweren Lungenschadens (sogenannte Lungenfibrose) enorm wächst. Zwischenzeitlich müssen die Krankenhäuser ihre insgesamt vorhandenen und freien Intensivbetten an ein Register melden. Anzeichen dafür, dass es zu Engpässen bei den Intensivbetten kommen könnte, gibt es nicht. Mit Stand vom 19.04.2020 gab es 12.665 nicht belegte Intensivbetten (PM der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin). Jedes zusätzlich beschaffte Intensivbett, zudem, wird im Rahmen des *COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes* mit einem Bonus von 50.000 € je Bett, finanziert aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, gefördert.

Personalausstattung

Neben den Schutzausrüstungen erweist sich die Personalausstattung als zentraler Engpassfaktor. Dies in Gesundheitsämtern, Krankenhäusern und Pflegeheimen. Nach dem Infektionsschutzgesetz (*Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen* vom 20. Juli 2000 i. d. F. vom 27. März 2020, BGBl. I S. 587) sind die Gesundheitsämter die staatlichen Stellen, auf denen vor Ort die Verantwortung für die Erfassung und Eindämmung von Epidemien und Pandemien lastet. Weder personell noch mit Blick auf die technische Ausstattung waren sie zu Beginn der Krise gut aufgestellt. Ein Kollaps konnte nur durch die Anwerbung freiwillig Tätiger (Medizinstudenten, vor allem) und die Abordnung von Kräften aus anderen Bereichen des öffentlichen Dienstes verhindert werden. Die schlechte personelle Aufstellung hängt mit dem Paradigmenwechsel hin zu einer Gesundheitswirtschaft zusammen. Aus der Perspektive „*Gesundheitswirtschaft*" interessiert die individuelle Gesundheitsnachfrage. Für Gesundheitsämter – sie sind der kollektiven Gesundheit verpflichtet – bleibt da nur eine Rolle am Spielrand. Allein von 2000 bis 2014 sank die Beschäftigtenzahl des öffentlichen Gesundheitsdienstes von 39 Tsd. auf 29. Tsd. (Quelle: Destatis: Gesundheit – Personal, Fachserie 12 Reihe 7.3.2, fortlaufend).[19] Niemand kümmerte es, dass die (kommunalen) Gesundheitsämter ihren präventiven Aufgaben immer weniger nachkommen konnten. Erst als zahlreiche Ämter in der Flüchtlingskrise von 2015 regelrecht kollabierten, erlangte die Notlage öffentliche Aufmerksamkeit. Zum Symbol von Staatsversagen wurde das Berliner Landesamt für Gesundheit und Soziales (Lageso). Als Sozialdemokraten und PDS/Linkspartei 2001 die Regierung übernahmen, verfügte das Amt mit 1.179 Stellen über etwas mehr Stellen als Ende der 90er Jahre (1998: 1.128 Stellen). Angesichts gewachsener Aufgaben wäre eine Stärkung notwendig gewesen. Tatsächlich vollzog der Senat einen radikaler Stellenabbau: ein Drittel der Stellen (- 376) verlor das Amt während der Rot-Roten Koalitionsdekade.[20] Es gab immer wieder Signale der Überforderung, die aber auch von der ab

[18] Medtronic (2019): Kodierleitfaden für intensivmedizinische Zusammenhänge – DRG-System 2019, S. 5.

[19] Im Wesentlichen, jedoch nicht ausschließlich, sind damit die Gesundheitsämter angesprochen; eine Statistik nur der Gesundheitsämter existiert gar nicht. Auch hierin zeigt sich die unzureichende Wahrnehmung dieses Bereichs der Gesundheitsversorgung.

[20] LAGESO, Jahresberichte fortlaufend.

Ende 2011 regierenden Koalition aus SPD und CDU ignoriert wurden. Selbst als sich Ende 2013/Anfang 2014 die Unhaltbarkeit der Zustände kaum noch verbergen ließ, sah der Senat weiter keine Veranlassung, entschlossen gegensteuern. Der Stellenabbau war Teil einer neoliberalen Staatsabbaupolitik, die gleichermaßen von „Rot-Rot“ wie „Rot-Schwarz“ betrieben wurde und zu der als weiterer Baustein auch die Privatisierung landeseigener Wohnungsbestände gehörte. Erst als Ende 2015 unter dem Gesundheitssenator Mario Czaja (CDU) Land-unter eingetreten und das Chaos mit Überstunden und Heerscharen an freiwilligen Helfern allein nichts mehr zu bannen war, wurde in Richtung Personalaufstockung umgesteuert.[21] Auch bundesweit kam eine Trendwende zustande. Sie war mit 2 Tsd. zusätzlichen Stellen im Zeitraum von 2015 bis 2017 mehr als bescheiden; viele Stellen blieben unbesetzt.

Anders als bei den Gesundheitsämtern ist der personelle Notstand der Krankenhaus- und Altenpflege schon seit mehr als einer Dekade ein öffentliches Thema. Bei den Krankenhäusern kann die Unterausstattung mit Pflegepersonal größenordnungsmäßig auf gut 100.000 Vollkräfte beziffert werden.[22] Bei der Altenpflege ist die Lücke noch größer.[23] Dass mehr Personal mehr Geld kosten würde, ist offensichtlich, gilt aber nur bei Ausblendung der Frage, wohin die 369 Mrd. € geflossen sind, die 2017 für die laufenden Ausgaben (ohne Investitionen) eingesetzt wurden, darunter 311 Mrd. aus Steuern und Sozialbeiträgen.[24] Rückt man das deutsche System in den internationalen Vergleichsrahmen, dann liefern zu geringe Gesundheitsausgaben für die schlechte Personalausstattung jedenfalls keine Erklärung. Gemessen am BIP leistet sich Deutschland nach den USA (17%), der Schweiz (12,4%) und Frankreich (11,3%) weltweit das viertteuerste Gesundheitssystem (11,3%). In diesem System jedoch sind die Schieflagen bei der Mittelverwendung enorm. Während bestimmte Berufsgruppen (Teile der niedergelassenen Ärzte, Chefärzte an den Kliniken; Vorstände von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen) Jahreseinkünfte erzielen, die sich meist im sechsstelligen Bereich bewegen,[25] erzielen gleichermaßen Pflegekräfte wie die Angehörigen von Therapieberufen auch bei Vollbeschäftigung häufig ein Bruttoeinkommen unterhalb des arithmetischen Durchschnittseinkommens, das 2019 3.994 € betrug (Monatsbrutto; Quelle: Destatis). In den skandinavischen Ländern sind die Einkünfte der Ärzte niedriger und die des Pflege- wie Therapiepersonals aufs Ganze gesehen höher.[26] Wegen der Steuerfinanzierung fehlen dort auch

---

[21] Dies aber unzureichend. Die letztjährigen Jahresberichte des LAGESO sehen davon ab, die Personalentwicklung zu dokumentieren. Das Beschweigen vermag schwerlich zu verdecken, dass die Personallage weiter angespannt ist. Zahlreiche Hinweise auf unzureichende Aufgabenerfüllungen wegen fehlenden Personals sind dafür ein deutlicher Indikator. Siehe die Jahresberichte von 2017 und 2018:
https://www.berlin.de/lageso/ueber-uns/jahresberichte-und-weitere-informationen/jahresberichte/.

[22] Simon, Michael (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung, HBS-Working-Paper Forschungsförderung, Nr. 096, Oktober 2018.

[23] Näheres siehe bei Heintze, Cornelia/Ötsch, Rainald/Troost, Axel (2020): Die Beschäftigungslücke in der sozialen Infrastruktur. RLS-Studie 2-2020, S. 21ff.

[24] Eurostat, Gesundheitsausgaben - ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen [hlth_sha11_hchf]; Update 24.02.2020.

[25] Zu den Bruttoeinkommen niedergelassener Ärzte siehe Reiners, Hartmut (2020): Gesundheit und Geld, Sozialismus Supplement zu Heft 4, S. 26ff.

[26] Im skandinavischen Durchschnitt erzielen Ärzte bei nur geringen Unterschieden zwischen Allgemeinmedizinern und Spezialisten ungefähr das Doppelte des Durchschnittseinkommen (in Dänemark und Schweden mehr, in Norwegen und Finnland weniger). In Deutschland dagegen besteht schon unter den Ärzten ein erhebliches Gefälle. Angestellte Fachärzte bezogen 2017 im Mittel das 3,5fache Durchschnittseinkommen, selbständig Tätige kamen als Allgemeinmediziner auf das gut vierfache und als Fachärzte auf das 5,4fache Durchschnittseinkommen. Siehe OECD a.a.O., Abbildung 8.8., S. 177. Für

die lukrativen Funktionärsposten, die das korporatistisch gesteuerte deutsche Gesundheitssystem reichlich bietet. Die Schieflagen haben eine lange Tradition, wurden durch die Überlagerung der tradierten korporatistischen Steuerungslogik mit den Logiken von Markt und Wettbewerb aber noch weiter verschärft. Dies erfolgte sukzessiv über eine Kaskade von ineinandergreifenden Prozessen. Für den Kliniksektor lauten die Stichworte: Türöffnung Richtung Gewinnerwirtschaftung durch die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips (1993); Freiheit bei der Personalplanung durch die Abschaffung der temporär stabilisierend wirkenden Personalstellenverordnung (1995), Durchsetzung betriebswirtschaftlichen Denkens entlang der Handlungsmaxime „Erlöse müssen maximiert, Kosten minimiert werden" nach den Anreizstrukturen des DRG-Preissystems (2003). Obwohl die Krankenhausbehandlungsfälle von 15,9 Mio. (1995) auf 19,5 Mio. (2016) stiegen, wurde pflegerisches Personal (Kostenfaktor!) nicht zugebaut, sondern abgebaut: minus 52,3 Tsd. Pflegevollkräfte im Zeitraum von 1995 bis 2007. Krankenhauspflegekräfte müssen in Deutschland weit mehr Patienten versorgen als in anderen Ländern; Funktionsbereiche vom Labor bis zur Reinigung wurden ausgegliedert. Zunehmend gefährdete die Fehlentwicklung die Patientensicherheit. Mit diversen Förderprogrammen, der Herausnahme des Pflegepersonals aus den Fallpauschalen und der Vorgabe von personellen Mindestbesetzungsstärken in kritischen Bereichen wie der Intensivmedizin[27] versucht die Politik gegenzusteuern, ohne jedoch an den Ursachen zu rühren. Gegenüber dem im Jahr 2008 erreichten Tiefstand wurde zwar ein gewisser Personalaufbau bewirkt. Gemessen an der Entwicklung der Patientenzahlen stellt dies jedoch nur eine Stabilisierung auf niedrigem Niveau dar.

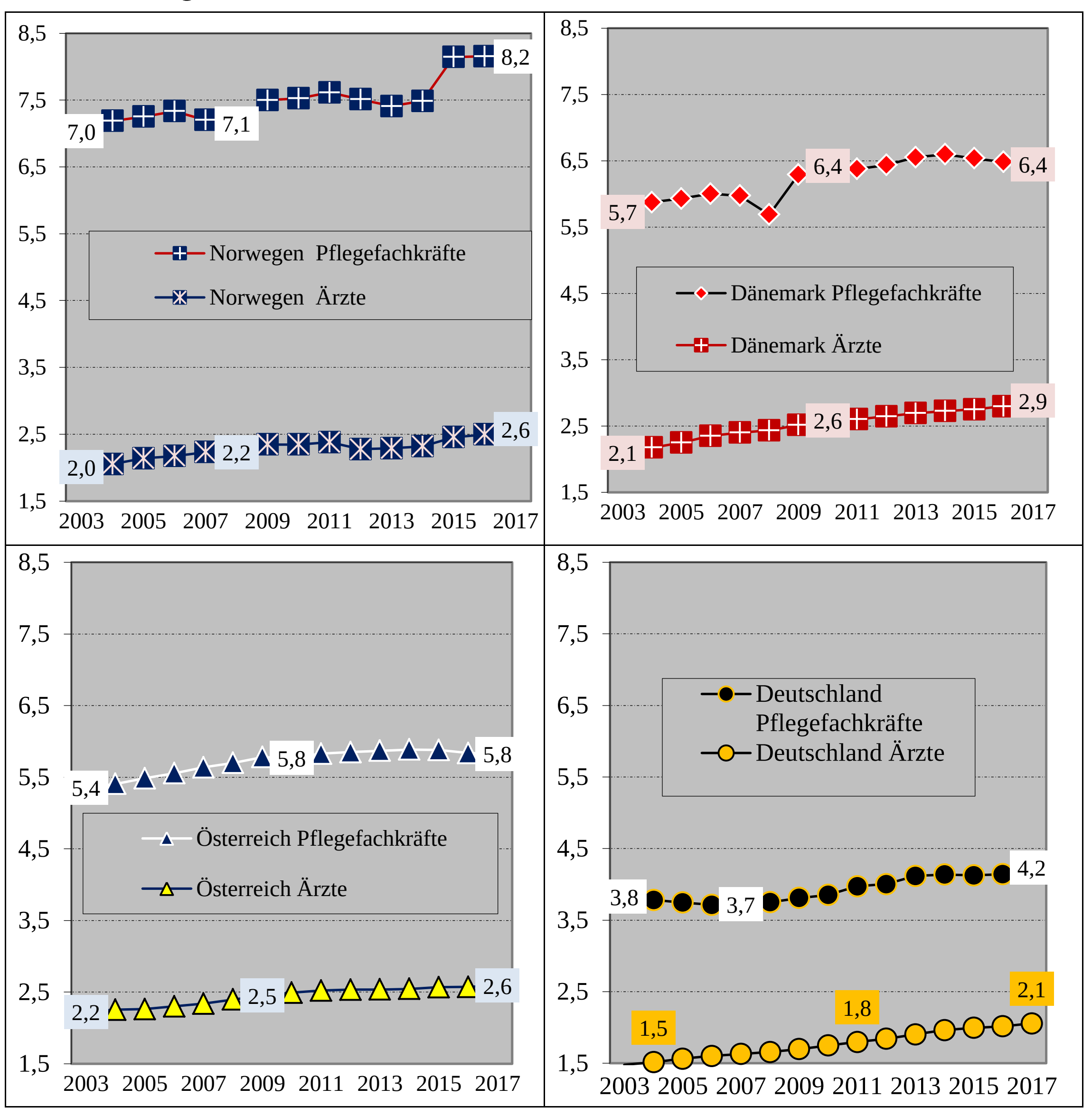
Schon vor der Coronakrise arbeitete die Pflege in den Krankenhäusern und noch mehr die in den Pflegeheimen am Limit; jetzt jenseits davon. Dass die Situation nicht überall schlecht ist, darf dabei nicht übersehen werden. So verfügen die bayerischen Pflegeheime über die bundesweit beste Personalausstattung; zugleich jedoch ist Bayern auch das einzige Bundesland, wo den kommunalen Heimen (Bettenanteil 2017 11,2% verglichen mit 5,9% im Bundesdurchschnitt) noch eine relevante Marktposition zukommt (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.gbe-bund.de). Als Fazit bleibt ein eklatanter Widerspruch festzuhalten: Deutschland hat auf Einwohner bezogen gut doppelt so viele Krankenhausbetten wie Skandinavien und auch knapp 10 Prozent mehr als Österreich. Dies jedoch spiegelt sich nicht im Personaleinsatz. Im Gegenteil. Hier zählt Deutschland international zu den Schlusslichtern. Besonders groß ist die Differenz zu den skandinavischen Ländern und zu der Schweiz; aber auch Österreich kann, wie aus den Abbildungen zu ersehen ist, mit einer deutlich besseren Personalausstattung aufwarten.

---

das Pflegepersonal liefern die OECD-Daten keine differenzierten Angaben. Erfasst sind hier lediglich die Fachkräfte an Krankenhäusern. Sie liegen in Deutschland, ebenso in Dänemark knapp über, in den anderen nordischen Ländern knapp unter dem Durchschnittseinkommen. Dies aber berücksichtigt nicht die in Deutschland enorme Spannweite zwischen den gut bezahlten OP-Pflegefachkräften und den weit schlechter bezahlten „normalen" Pflegefachkräften und auch nicht, dass die Altenpflege weit schlechter bezahlt wird als die Krankenpflege. Diese Unterschiede gibt es in Skandinavien nicht.

[27] Es handelt sich um eine ministerielle Ersatzvornahme, nachdem sich die Spitzenverbände der Selbstverwaltung nicht auf Mindestpersonalstärken einigen konnten. Am 1.1.2019 trat das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) in Kraft sowie die mit der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) des Gesundheitsministeriums vom 5. Oktober 2018 übergangsweise verfügten Personaluntergrenzen. Aktuell sind sie wegen der Pandemie ausgesetzt.

Abbildung: Entwicklung der Dichte von Ärzten und Pflegefachkräften (Vollkräfte) in Krankenhäusern auf 1000 Einwohner von 2003 bis 2017: Deutschland im Vergleich mit Dänemark, Norwegen und Österreich



Erläuterung: Unter Pflegefachkräfte sind die akademisch an Hochschulen ausgebildeten Fachkräfte (incl. Hebammen) und die nicht-akademisch an Fachschulen ausgebildeten Kräfte erfasst.

Quelle: Eurostat, Krankenhauspersonal [hlth_rs_prshp1]; Update vom 24.02.2020; eigene Auswertung

Momentum der Krise: Was folgt?

Noch befinden wir uns in der ersten Phase der Pandemie. Einiges spricht dafür, dass das politische Krisenmanagement in Deutschland gut gelingt; wenig dafür, dass das Momentum der Krise für echte Lehren genutzt wird. Zu hoffen, dass, wenn erst einmal alles überstanden ist, man ja grundsätzlich neu nachdenken könne, man die Verteilungsfrage stellen und die Profitausrichtung des Gesundheitssystems rückgängig machen könne, ist naiv. Der Blick in die Geschichte lehrt, dass Pflöcke, die während der Krise nicht eingeschlagen werden, nach der Krise aufgrund der Restauration alter Machtverhältnisse nicht mehr eingeschlagen werden

können. Davon aber, dass an den Vermachtungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems gerüttelt wird, ist nichts zu sehen. Der von der Bundesregierung aufgespannte Schutzschirm für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte sichert die gegebenen Strukturen und Privilegien, während auf der anderen Seite die Pflegekräfte mit ein paar netten Gesten abgespeist werden. Die Bonuszahlungen, die sie nun teilweise erhalten, sind richtig und notwendig, ändern am Grundproblem ihrer vielfach schlechten Arbeitsbedingungen aber nichts.

Grundsätzlich gilt: Die Krise als Situation der Entscheidung öffnet ein Fenster, um das Wichtige und Richtige vom Unwichtigen und Falschen zu scheiden. Dies aber nur unter der Bedingung, dass sie die Schwächen eines Systems schonungslos offenlegt. Die Schwächen des deutschen Gesundheitssystems liegen aber nicht bei der Akut- und Intensivversorgung, sondern bei der unzureichenden Präventionsorientierung, beim Fehlen geschlossener Versorgungsketten für Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder mit Langzeitpflegebedarf sowie dem übermäßigen Einsatz invasiver Behandlungsmethoden. All diese Schwächen jedoch verschwinden derzeit vom Radar, weil die Pandemie die gesamte Aufmerksamkeit absorbiert. Das Narrativ vom „*weltweit besten Gesundheitssystem*“ [28] erhält neue Nahrung.

Ein Bruch mit der Wettbewerbs- und Profitlogik ist bei dieser Blickverengung wenig wahrscheinlich. Einzelne positive Entwicklungen kann die Krise gleichwohl nach sich ziehen. Zu nennen sind vor allem die Gesundheitsämter. Sie sind nur deshalb nicht kollabiert, weil die temporäre Schließung von Schulen und Hochschulen die Möglichkeit eröffnete, einen Teil der dort freigesetzten Kräfte in die Gesundheitsämter umzulenken. Mit dem Wiedereinstieg in den Schul- und Hochschulbetrieb versiegt diese Möglichkeit, zumal an den Schulen chronischer Lehrermangel herrscht. Damit Deutschland seinen bisherigen Erfolg bei der Viruseindämmung trotz schrittweisen Ausstiegs aus dem Lockdown nicht riskiert, müssen die bundesweit 375 kommunalen Gesundheitsämter kurzfristig so ertüchtigt werden, dass sie über genügend Testkapazitäten verfügen und Infektionsketten im Falle eines neuerlichen Anstiegs der Erkrankungen durch Nachverfolgung und Containment wirksam durchbrechen können. "*Der öffentliche Gesundheitsdienst ist der Dreh- und Angelpunkt zum Umgang mit dieser Epidemie*", erklärte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn am 19. April 2020 im ZDF (Heute-Journal). Umgesetzt werden soll ein 10-Punkte-Plan der personellen und technischen Stärkung. Je 20.000 Einwohner soll es in den Ämtern ein Kontaktnachverfolgungsteam aus fünf Personen geben, wofür man Medizinstudenten und Beschäftigte aus anderen Teilen der öffentlichen Verwaltung gewinnen will. Zur technischen Ertüchtigung soll ein Förderprogramm im Volumen von 150.000 € je Gesundheitsamt dienen (Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums vom 20. April 2020). Akut sind dies notwendige Maßnahmen. Damit es nicht bei einem Strohfeuereffekt bleibt, müssen sie einmünden in eine strukturelle Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes als 3. Säule der Gesundheitsversorgung mit Aufgaben bei der Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit, der Schulgesundheitspflege, der Hygiene, der Sozialpsychiatrie, der Gesundheitsförderung und eben auch der Eindämmung von Infektionserkrankungen, die sich - wie jetzt erlebt – zu Pandemien auswachsen können.

---

[28] „*Deutschland hat das beste Gesundheitssystem der Welt*“, erklärte Prof Dr. Frank Ulrich Montgomery, seit April 2019 Präsident des Weltärzteverbandes, zum Auftakt der Hauptversammlung des Hartmannbundes Mitte November 2019 in Berlin. Begründung: Der Zugang zur Versorgung sei einfach, die Wartezeiten kurz und jeder habe Anspruch auf Versorgung. (PM vom 12.11.2019: https://www.zm-online.de/news/politik/deutschland-hat-das-beste-gesundheitssystem-der-welt).

Auch bei der Krankenhausplanung dürfte es zu einem gewissen Umdenken kommen. Wären in der Vergangenheit Krankenhäuser und Bettenkapazitäten in dem Maße abgebaut worden, wie es in Studien immer wieder empfohlen wurde, gäbe es nun bei den mobilisierungsfähigen Betten echte Engpässe. Zuletzt (2019) hatte eine Studie der Bertelsmann Stiftung[29] das Ziel ausgegeben, die Zahl der heute noch rd. 1.400 Akut-Krankenhäuser auf maximal 600 zu reduzieren. Durch die starke Verringerung der Klinikanzahl, so das Versprechen, verbessere sich die Qualität der Patienten-Versorgung und bestehende Engpässe bei Ärzten und Pflegepersonal würden vermindert. Im Lichte der aktuellen Erfahrungen dürften die darin angestellten Planspiele Makulatur sein. An der Ausrichtung des Krankenhauswesens an den Prinzipien von Markt und Wettbewerb ändert dies nichts. Die Durchsetzung einer kalten Strukturbereinigung, die den Gedanken der Daseinsvorsorge noch weiter geschwächt und privaten Konzernen in die Hände spielt, dürfte gleichwohl schwerer geworden sein. So gesehen sind bei den Konfliktlinien einige Verschiebungen zu erwarten, die es progressiver Politik erleichtern kann, für Veränderungen zu streiten, die der Gesundheit und Gesunderhaltung der Bevölkerung zu Gute kommen, was ohne eine Stärkung der Kranken- wie Altenpflege nicht gelingen wird. Die Hürden dafür allerdings liegen besonders hoch.

[29] Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2019): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen: PDF-Datei über die Webseite der Stiftung (https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaehige-krankenhausversorgung/).